

Algunas reflexiones sobre la práctica médica y las situaciones límite*

NORMA CAFFARO de HERNANDEZ

Mi actividad diaria en un hospital de alta complejidad, en contacto con los profesionales de la salud, me permitió percibir los conflictos e interrogantes éticos que surgen permanentemente en el ejercicio de la práctica asistencial y de la investigación médica.

Estas situaciones cotidianas, reiteradamente conversadas con los médicos, quizá por pertenecer yo al campo de las humanidades, o porque mi tarea como pedagoga es en gran parte la reflexión sobre la formación profesional de los profesionales de la salud, me indujeron desde temprano a tratar de entender los mecanismos con que los médicos y las enfermeras enfrentan el tema de la muerte.

Una primera observación que realicé es que los médicos abordaban la cuestión de la muerte, así como la de otros temas límite, con una elevada dosis de pragmatismo, carentes de un marco formal para el tratamiento de la delicada situación que enfrentaban y los angustiaba. No sin cierto asombro me fue dado verificar que en los programas de grado, y aun en los de posgrado, no se estudiaba el tema de cómo enfrentar la muerte y los sentimientos que provoca tanto en el paciente como en el médico.

Si bien es cierto que algunos libros básicos de estudio como el *Cecil Textbook of Medicine* ya incorporaban capítulos referidos a la ética clínica en la práctica de la medicina, o al cuidado de pacientes moribundos y sus familiares, estos temas no formaban parte del estudio sistemático de los estudiantes, no estaban incluidos en el *curriculum* como materias de estudio, o sólo tenían menciones marginales. No se proporcionaban aprendizajes para manejar y elaborar estructuras conflictivas. Es decir, no se desarrollaban habilidades para enfrentarse con el mundo real, no incorporaban las competencias necesarias para desenvolverse en el terreno complejo, inesta-

ble, conflictivo e incierto de la práctica en situaciones límite. (1)

Pude observar entonces que el criterio predominante para la formación profesional del médico procuraba desarrollar la capacidad para solucionar problemas biotécnicos, por medio de un proceso que comenzaba por la inmersión en las ciencias básicas y seguía con el aprendizaje de las disciplinas aplicadas, utilizando las técnicas provenientes de la investigación y/o la experiencia, a los problemas de diagnóstico, tratamiento y prevención. El impacto de la actividad médica en el contexto más amplio del enfermo y su medio no estaba explícitamente incluido: el positivismo del *curriculum* de medicina no permitía la reflexión en la acción ni daba lugar a la inclusión de los valores en la formación del estudiante para la toma de decisiones médicas.

Un segundo aspecto que me llamó la atención está vinculado con el cambio en la forma de morir que se fue generando en las últimas décadas a partir de la multiplicación del arsenal tecnológico. Este cambio frecuentemente transformaba el eje de acción de los médicos centrándolo en una prolongación a toda costa, artificial, de la vida, en un aparente sinsentido ajeno a toda otra consideración y consecuencia, como si la muerte no fuera parte de un ciclo vital. Como lo señalara Foucault, en *La vida de los hombres infames*, "el peligro de la medicina del siglo XX no es su ignorancia sino su propio saber".

Andando el tiempo, esta percepción la encontré gráficamente expresada en las palabras de Daniel Callahan cuando dice que "con la llegada de la medicina científica se produjo todavía otro importante cambio: la muerte empezó a ser vista como un enemigo. La ciencia médica moderna se negaba a aceptar la muerte. En efecto, declaró la guerra no sólo a

Departamento de Docencia e Investigación, Hospital Italiano de Buenos Aires

Trabajo recibido para su publicación: 5/00 Aceptado: 7/00

Dirección para separatas: Dra. Norma Caffaro de Hernández, Departamento de Docencia e Investigación, Hospital Italiano de Buenos Aires, Gascón 450, (1181) Buenos Aires, Argentina

* Publicado en la Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires 1999; 19: 82-83

la muerte sino al fatalismo con que mucha gente en épocas anteriores había aceptado la llegada de la muerte. En una ocasión, Karl Marx afirmó que el problema de la filosofía no era comprender la vida sino cambiarla. La medicina moderna declara algo muy semejante: el problema de la medicina no es entender la muerte sino liberarse de ella". Y más adelante dice: "hay una corriente de opinión en la medicina científica que afirma que la muerte es esencialmente un accidente, una contingencia, un acontecimiento evitable. En nuestras conversaciones de cada día hemos captado una idea que aparece siempre: si no hubiese fumado, estaría todavía aquí; si le hubieran diagnosticado a tiempo, no estaría muriendo ahora; si se hubiera investigado en eso antes, no estaría a punto de morir; si se investigase en esto ahora, la gente no moriría de esta enfermedad dentro de veinte años. No sólo hacemos de la muerte un accidente, también hacemos que sea un accidente con un culpable: siempre hay algo o alguien que tiene la culpa de que esta o aquella persona haya muerto. La muerte es un fracaso médico". (2)

Pero en las discusiones con los médicos pude apreciar que no sólo el desarrollo interno de la medicina afectaba las decisiones profesionales. En muchos casos su comportamiento no respondía a un "enajenamiento tecnológico", sino que la puesta en práctica de una medicina "defensiva" resultaba de las restricciones a la libertad profesional provenientes del cuerpo legal o los criterios económicos vigentes en los programas de asistencia médica.

Es decir que este interjuego de variables (legales, económicas, personales, técnicas) hace que en muchas situaciones límite no se tengan claros los hechos y por lo tanto tampoco sus consecuencias. Esta dificultad de hacer una evaluación objetivamente adecuada de cada una de estas situaciones lleva a no cumplir con el primer requisito ético que es la responsabilidad solidaria por las consecuencias.

Es en estas situaciones límite donde se tiende a confundir las acciones morales con la acción misma, "sin pensar que la sociedad y también la medicina han ido evolucionando en la determinación de lo que

es inhumano, degradante e indigno. El vitalismo imperante hace muy pocas décadas se justificaba siempre diciendo que la defensa a ultranza de la vida es un principio absoluto, y que todo lo que activa o pasivamente compromete la supervivencia o acorta la vida del paciente es por definición indigno, aun en el caso de que el paciente piense exactamente lo contrario. Incluso en los momentos de mayor fervor vitalista, siempre persistió la sospecha, no sólo teórica sino sobre todo práctica, de que prolongar la vida de esta manera podía resultar inhumano y degradante. Quizá por el propio desarrollo de la medicina en general, y de la medicina intensiva en particular, esta sospecha se ha ido incrementando progresivamente. De ahí la necesidad de plantearse con cierta detención qué es muerte digna y qué es morir con dignidad". (3)

Desde el punto de vista ético, los principios morales son los que dan coherencia a la experiencia. Es a partir de ellos que se derivan las normas y las obligaciones. Estos principios explicitados y consensuados encierran una exigencia de universalidad, independiente de las creencias particulares de los individuos. Es entonces a partir de los principios morales explicitados y consensuados que se podrán elaborar conflictos y limitaciones que pueden perjudicar al paciente.

Por ello considero de suma importancia promover en las instituciones un debate de estos temas, e incrementar la educación bioética, para proporcionar un marco general común que haga posible la reflexión y el respeto de estos pacientes en situaciones límite.

BIBLIOGRAFIA

1. Schon D. La formación de profesionales reflexivos. Buenos Aires: Paidós 1992; pp 17-48.
2. Callahan D. El problemático sueño de la vida: En busca de una muerte tranquila. En: Morir con dignidad: Dilemas éticos en el final de la vida. Madrid: Fundación Ciencias de la Salud 1996; pp 94-97.
3. Gracia D. Morir con dignidad: Dilemas éticos en el final de la vida. Madrid: Fundación Ciencias de la Salud 1996; p 11.